

## 健康確認書

◆ 以下項目に「○」を記載ください。

① 2週間以内に以下の中で新たに出現した症状はありますか？		全てなし	あり
症状	熱感		あり
	熱感がある場合は検温 ( )°C		
	上気道症状(咳、咽頭痛、呼吸苦、息切れ)		あり
	味覚・臭覚の異常		あり
	消化器症状(下痢・嘔吐など)		あり
	発疹		あり
	目の充血		あり
	その他の症状(頭痛、倦怠感)		あり
② 家族・同居者・職場の方など周囲の方の上記症状(2週間以内)		全てなし	あり
	「あり」の場合はどなたでしょうか？(例:子供や同僚、同級生など)( )		
③ 御自身が新型コロナと診断されたことがある (PCR 陽性か発症日の早い方から数えて2週間以内の方)		なし	あり
	「あり」の場合 診断日( )、退院日または療養終了日( )		
④ 家族・同居者・職場の同僚など周囲の身近な方が新型コロナ・インフルエンザと診断された(2週間以内)		なし	あり
	「あり」の場合はどなたでしょうか？(例:子供や同僚、同級生など)( )		
⑤ 海外渡航歴(2週間以内)		なし	あり
	「あり」の場合は国名をご記載ください。 国名( )		
⑥ 本日の体温を記載してください。		( )	)°C

以上について、相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_